


# O que podem nos contar os estágios supervisionados em/sobre saúde coletiva?


## What can the supervised internships in/on collective health tell us?

Éverton Luís Pereira<sup>a</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7771-1594>

E-mail: everton.epereira@gmail.com

Rosamaria Carneiro<sup>a</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1271-7645>

E-mail: rosagiatti@yahoo.com.br

<sup>a</sup>Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde.  
Departamento de Saúde Coletiva. Brasília, DF, Brasil.

### Resumo

Finalizados, em 2018, 10 anos do início dos cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil, muito se tem discutido sobre a atuação do sanitarista no mundo do trabalho e seu papel entre as diversas profissões da saúde historicamente reconhecidas. Muitas das possibilidades de atuação estão em construção nos espaços de estágio obrigatório nos currículos das universidades. Partindo desse solo, entendemos que os campos de estágio podem ser vistos como espaços propícios para a análise do perfil dos sanitaristas que estão sendo formados e a maneira como as diferentes áreas que fazem parte da saúde coletiva estabelecem os diálogos necessários para a formação do perfil desejado, eminentemente multidisciplinar. A partir de experiências dos autores na supervisão de estágios em saúde coletiva, o artigo debaterá os embates entre as áreas do campo no momento da construção da prática profissional. De que maneiras suas lentes moldam os campos e olhares disparados em ambientes de prática? Assim, inspirados no clássico *Os argonautas do Pacífico ocidental*, de Malinowski, a ideia é refletir sobre a atuação do sanitarista, especialmente o que e como fazem, bem como sobre o que dizem e pensam sobre o que fazem. Ao final, discorreremos sobre a prática da própria saúde coletiva.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Graduação; Estágios; Ciências Sociais.

### Correspondência

Éverton Luís Pereira

Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde.  
Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. Brasília, DF, Brasil.  
CEP 70910-900.

## Abstract

In 2018, ten years after undergraduate courses in collective health have begun being offered in Brazil, there has been much discussion about the health worker's performance in the work environment and their role among the various historically recognized health professions. Many of the possible actions are being developed in the obligatory internships present in the universities' curricula. From this point, we understand that the internships can be seen as favorable places for the analysis of the profile of the public health workers who are graduating and the way in which the different areas that are part of collective health establish the necessary dialogue to form the desired profile, eminently multidisciplinary. Based on the authors' experiences in the supervision of internships in collective health, the article will discuss the conflicts between the field's areas during the establishment of the professional practice. In which ways do its lenses shape the field and the perspectives borne in practice environments? In this sense, inspired by the classic *Argonauts of the Western Pacific*, by Malinowski, we aim at reflecting on the public health workers' role, what it entails and how it is performed, as well as about what workers say and think about what they do. Finally, we discuss the practice of Collective Health itself.

**Keywords:** Collective Health; Graduation; Traineeships; Social Sciences.

## Vivências como ferramenta para a reflexão

Em uma reunião de orientação de Estágio Supervisionado 1, discutia-se com as estudantes as melhores maneiras de se agregar à equipe do serviço no qual elas estavam inseridas. As insatisfações trazidas pelas futuras sanitaristas eram as mesmas das presenciadas por outros alunos ao longo dos anos: *ninguém sabe o que nosso curso faz. Todo mundo pergunta se isso é uma graduação e quer saber o que a gente pode fazer no serviço* (AG). As reclamações sobre o lugar da saúde coletiva no cotidiano dos serviços são recorrentes e geram um conjunto de desgastes entre alunos e outros estudantes de outros cursos.

Em uma ocasião, estudantes chegaram a relatar que lhes foi proposto “aplicar vacina” ou auxiliar na rotina clínica da enfermagem, tamanha a dificuldade em “encontrar lugar” para um sanitarista em formação nos serviços nos quais os estágios são realizados. Outras vezes, entretanto, as potencialidades individuais são resgatadas e os estudantes, a partir de particularidades, adentram as rotinas: *como eu era mais comunicativo, me pediram para auxiliar na organização do acolhimento dos usuários* (EA).

O serviço também aciona outras experiências em acolher estudantes de graduação em saúde coletiva para propor ações a aqueles recém-chegados. As estudantes continuam o relato sobre a rotina no serviço:

*eles esperam que a gente fique o tempo todo na salinha, trabalhando com os arquivos. Eles acham que Sanitarista só pode fazer isso, trabalhar com papel. Parece que nós temos que ficar o tempo todo na parte de dentro do balcão.* (CG)

Os questionamentos apontados pelas estudantes dizem respeito às ações que foram propostas nas primeiras semanas de estágio. Em vez de serem convidadas a fazer parte das atividades do serviço de forma geral, eram apenas interpeladas a trabalharem com a sistematização e análise de informações em saúde, tendo os documentos como fonte de atuação. Elas se perguntavam os motivos pelos quais elas, como sanitaristas, não poderiam conhecer as outras rotinas do serviço.

Os estágios podem ser pensados como um espelho da formação e um binóculo da atuação profissional. Neles, percebem-se lacunas ou fortalezas do processo pedagógico, bem como vislumbram-se possíveis caminhos a serem trilhados ao longo da futura inserção profissional dos estudantes. Os questionamentos das alunas sobre a presença de um sanitarista no serviço nos fazem pensar sobre a profissão, seus desdobramentos no cotidiano das ações em saúde e as possíveis contribuições das ciências sociais para a formação desse profissional. Enquanto as estudantes eram interpeladas pelos profissionais e por outros discentes sobre seu “papel” no cotidiano daquela instituição, nós, enquanto professores orientadores de estágio da área de ciências sociais em saúde, também nos perguntamos sobre quais seriam nossas contribuições para a formação e a atuação profissional.

## As ciências sociais na saúde coletiva: a atualidade e estágios

Muito já se escreveu sobre as ciências sociais na saúde coletiva (Birman, 2005; Canesqui, 2011; Loyola, 2012; Nakamura, 2011; Nunes, 1994). O assunto não é novidade; tendo os estudos se concentrado, por vezes, em defender a existência e, em outras vezes, a importância das ciências sociais na constituição do tripé epistemológico, político e prático que compõe a saúde coletiva. Pode-se dizer que dois eram os objetivos nos anos 1990: consolidá-la enquanto “campo de saberes e práticas” (Campos, 2000) composto de três grandes áreas (epidemiologia, planejamento e ciências sociais), mas também justificar a presença e o destaque das ciências sociais dedicadas à saúde enquanto fenômeno social. Nesse último espaço, alinharam-se sociólogos, antropólogos e cientistas políticos que analisam a saúde e egressos de programas de pós-graduação em ciências sociais ou das faculdades de medicina social e preventiva.

Uma característica dessa fase na consolidação do campo da saúde coletiva é importante de ser destacada: as ciências sociais foram pensadas como ferramentas analíticas dos serviços e ações em saúde. Por meio de seus produtores – os cientistas sociais –, essas disciplinas adentraram como

ferramentas de análise e/ou instrumentos para a “humanização” das práticas dos profissionais da saúde (Nunes, 1992; Nunes et al., 2010).

Interessa-nos aqui, no entanto, avançar historicamente para pensar o mais atual, tratando de refletir sobre os últimos 10 anos de saúde coletiva como/na graduação. Para tanto, partiremos de uma análise recentemente realizada pelos antropólogos Russo e Carrara (2015), sobretudo quanto ao que denominaram uma “segunda politização do campo” da saúde coletiva, fase essa que,

correspondendo aos novos objetos dos anos 1990 e 2000, tem a ver justamente com a perspectiva de “dar voz” aos sujeitos, de perceber, para além dos discursos eruditos da medicina e de outras especialidades, o modo como os clientes potenciais (ou atuais) dos serviços de saúde organizam e dão sentido ao seu mundo. Articula-se aí uma forte crítica tanto ao poder médico/sanitário (daí o tema da “medicalização”) quanto ao próprio poder normativo da ciência (daí o tema da “construção social”). (Russo; Carrara, 2015, p. 478)

Por um lado, temos um contexto de transformações socio sanitárias, dado especialmente pelas mudanças no curso das doenças (transição demográfica e mudanças no perfil epidemiológico) e nas mais diferentes formas de se perceber a saúde em âmbito nacional e internacional (Luz, 2011). Por outro, o avanço das discussões acadêmicas sobre saúde e teoria social, com teorias significativas sendo produzidas em diferentes campos do conhecimento, demonstram a necessidade da criação de diferentes paradigmas para se pensar a agir em saúde.

Nessa fase, as ciências sociais passaram a adquirir maior peso em um cenário antes marcado pela gestão e planejamento e depois pela epidemiologia. Algo que se deve, notadamente, a sua mirada para o sujeito, e não mais para o contexto sanitário apenas enquanto política ou dados estatísticos. A fase de supremacia da gestão e do planejamento, por volta dos anos 1980 e 1990, muito se deveu à Reforma Sanitária e à implementação pragmática do Sistema Único de Saúde (SUS). Já a da epidemiologia a sucedera e ganhou fôlego por seu cientificismo, operando ainda hoje, vale dizer, como baliza da própria saúde

coletiva no âmbito das avaliações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e dos índices Qualis das revistas da área de saúde coletiva. Para Russo e Carrara (2015), ocorreu uma “segunda politização”, portanto – em que pese a epidemiologia ter continuado como termômetro da produção e cientificidade do campo.

Nosso foco, no entanto, será sustentar que essa segunda politização também estaria presente ou se faria sentir nos atuais cursos e no ensino de graduação em saúde coletiva – e, por consequência, nos ambientes e nas tonalidades dos estágios supervisionados curriculares praticados por estudantes e docentes da área. Neles também a ótica das ciências sociais pensaria-se sobre os sujeitos e seus processos. Mas a grande questão seria: qual é o papel das ciências sociais nesse universo? Como poderiam atuar e de que maneira os docentes dessa área em especial poderiam contribuir com essa politização e perspectiva?

Os estágios, de maneira geral, ou os cenários de prática em saúde costumemente são compreendidos como ambientes para se “aprender a fazer algo”, aplicando conhecimentos adquiridos. Existe uma discussão significativa no campo da saúde sobre as melhores formas ou os mais propícios momentos nos quais os sujeitos em formação deveriam ser “expostos” ao mundo do trabalho. Ganha força nos últimos anos, especialmente com as reformas e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de saúde, a ideia de que o estudante deve ser inserido “ao longo” de toda sua formação ao contexto da prática profissional (Frenk et al., 2010). Existe um consenso de que a prática das profissões em saúde carece de investimento em cenários de prática que produzam conhecimento – e não apenas sejam lócus para a aplicação.

Entretanto, em grande medida, os cursos de saúde elaboram seus estágios com base na aprendizagem pela repetição dos atos de alguém mais experiente – um tutor, um preceptor, um supervisor ou um professor. O olhar é muito valorizado nesses espaços. No campo da antropologia da saúde, a etnografia de Octavio Bonet (2004) sobre o ensino médico na residência de medicina em um hospital-escola da grande Buenos Aires ilustra bem essa repetição e seus impactos no que depois se torna rotina, nos fazendo pensar, assim, sobre os modos de transmissão de conhecimento dos cursos de saúde.

As profissões “clássicas” da saúde são produzidas por seu conhecimento técnico e prático. Em diferentes contextos, os estudantes investem sua formação na obtenção das melhores formas de aplicar um conjunto de procedimentos que lhes são repassados pelos livros, pelos professores ou pelos preceptores. Entretanto, a graduação em saúde coletiva apresenta um diferencial de princípio organizativo. Ela não se caracteriza apenas pela produção de respostas técnicas para processos eminentemente recorrentes – e, sobretudo, de ordem biológica. A saúde coletiva atua também de forma política e reflexiva.

Silva, Ventura e Ferreira (2013) apresentam uma análise com relação aos cenários de estágio e as formas de produção da prática em saúde coletiva. De acordo com os autores, esta prescinde das dimensões éticas e políticas, não captadas meramente por uma reprodução técnica. Dessa forma, o agir (e assim podemos pensar os cenários de prática e os estágios) em saúde coletiva deve ser pensado levando em conta as particularidades que os olhares da formação exigem.

Em 2014, o Brasil contava com 14 cursos de graduação em saúde coletiva (Meneses et al., 2017). Em suas grades curriculares, encontramos os estágios supervisionados ou curriculares, concentrados em sua maioria nos últimos semestres do bacharelado (sexto, sétimo e oitavo semestre). Nesses desenhos de curso, parece entender-se que o estudante necessita de uma bagagem de conhecimento prévia para adentrar o serviço de saúde propriamente e aplicar o conteúdo teórico aprendido anteriormente, a saber: noções de epidemiologia e, portanto, de demografia, estatísticas e análise de dados; conceitos de gestão e planejamento – portanto, conhecimentos sobre administração, modelos, sistemas e linhas de cuidado e história das políticas de saúde; e ideias de ciências sociais em saúde, por meio de disciplinas como Antropologia da Saúde, Pesquisa Social em Saúde e Saúde e Sociedade. Trata-se, assim, de um grande desafio: utilizar na prática profissional conhecimentos disciplinares de maneira interdisciplinar, como previsto no campo, tendo, para isso um olhar multifacetado.

Os estágios aparecem, assim, como contato com e/ou simulação da realidade do setor saúde, em suas urgências, mazelas e encantamentos. Vale notar que, em alguns cursos mais próximos a nossa

realidade, como o da Faculdade de Ceilândia (FCE) da Universidade de Brasília (UnB), os estágios 1, 2 e 3 seguem a divisão da própria assistência à saúde no Brasil: primária, secundária e terciária. Em outros, como acontece no Departamento de Saúde Coletiva da mesma universidade, trabalha-se em um primeiro momento com análise dos “determinantes sociais em saúde” ou “estudo do território” – conceito caro ao SUS – e suas condições de saúde para então, no estágio 2, se seguir ao interior de um serviço de saúde e analisar seu funcionamento, segundo políticas e programas de governo. O estágio 3 é ainda optativo e possui maior abertura de campo de oferta.<sup>1</sup> Uma questão parece ser comum não só nos cursos de saúde coletiva da UnB, mas também nos de outras universidades no Brasil: os cenários de práticas privilegiados são os serviços “tradicionais” de saúde. Quando nos referimos a “serviços tradicionais”, estamos falando daqueles localizados dentro do sistema oficial de saúde *stricto sensu*, seja na atenção ou na gestão.

Visto que o curso ainda não estava uniformizado no cenário nacional, cada contexto/universidade produzia seus projetos políticos pedagógicos de acordo com orientações do Ministério da Educação (MEC), das instituições de classe – no caso, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) – e da realidade local. Nos cursos da UnB, os estágios comportam 320 horas/aula. Em uma comparação com a realidade de outros cursos da saúde, pode-se perceber a pouca ênfase dada aos estágios curriculares e/ou à atuação nos cenários reais.

A conjuntura começa a mudar significativamente com a formulação das DCN dos cursos de saúde coletiva no Brasil (2017). Além de uniformizar a nomenclatura e os objetivos dos cursos no território nacional, as DCN apresentam eixos, conteúdos curriculares mínimos e carga horária a ser cumprida por estudantes da graduação. Aprovado pelo Conselho Nacional de Educação em 6 de junho de 2017, as DCN estão aguardando sanção presidencial.

Seguindo a discussão nacional e internacional sobre o ensino em saúde (Frenk et al., 2010), bem como as diretrizes de outros cursos de saúde, as DCN

da saúde coletiva indicam a necessidade de inserção dos estudantes nos cenários de prática desde o início da graduação e o mínimo de 600 horas de estágios curriculares obrigatórios, situação que forçosamente fará com que os cursos de saúde coletiva trabalhem com cenários de prática em todos os semestres e de modo concomitante com a transmissão do saber teórico ou ampliem a duração da graduação. As DCN da saúde coletiva também recomendam que ao menos 40% das horas de estágio obrigatório sejam desenvolvidas na gestão de sistemas e serviços de saúde.

Muitos são os desafios dos estágios em saúde coletiva, que operam como elementos construtores daquilo que está sendo produzido na graduação. Podemos citar desde aqueles de ordem prática – como o acesso aos cenários de estágio, a qualificação dos preceptores etc. – até os práticos/políticos – como a importância de construir identidades para esse novo profissional (Lorena; Akerman, 2016) e um espaço de trabalho no cotidiano das práticas em saúde. Do ponto de vista docente, o desafio se amplia para a esfera epistemológica, que nos leva a refletir sobre as potencialidades do cruzamento entre as três grandes áreas do campo da saúde coletiva na resolução/reflexão dos problemas em saúde.

Aos docentes de ciências sociais, pode-se dizer, os desafios aparecem com diferentes tonalidades e assumem contornos particulares. Diferentemente de grande parte de nossos colegas docentes, no geral, nós que estamos vinculados às ciências sociais em saúde não somos profissionais de saúde formados na graduação. A rigor, nunca “usamos jaleco” antes de adentrar os cenários de prática. Essa também é uma reflexão vinda da atuação de um dos autores no cotidiano de um serviço de saúde como docente.

Uma situação específica de atuação docente em uma disciplina na graduação pode nos auxiliar na reflexão. A disciplina em questão chama-se Introdução às Práticas de Saúde, ministrada para diversos cursos da área. Na ocasião aqui descrita, os estudantes eram oriundos dos cursos de odontologia e farmácia, e a proposta “prática” era reconhecer as ações em saúde para idosos de uma equipe da

<sup>1</sup> A Universidade de Brasília tem dois cursos de graduação em Saúde Coletiva. Um sediado na Faculdade de Ceilândia (FCE), conhecido como “Saúde Coletiva da FCE”, criado em 2008, e outro no Departamento de Saúde Coletiva, na Faculdade de Saúde, sediado no Campus Darcy Ribeiro, criado em 2010 e conhecido como “Saúde Coletiva do Darcy”.

Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um dos territórios dos cenários de práticas da Faculdade. Em uma das primeiras idas ao Centro de Saúde, a enfermeira responsável pelo acolhimento dos alunos exigiu que todos fossem ao serviço – algo que, na época, configurava-se de duas a três vezes ao mês – de jaleco. O docente (um cientista social) estava entre aqueles que deveria usar o aparato. Na ocasião, diversas reflexões foram feitas, entre elas, o que se esperava de um “antropólogo de jaleco”.

A cena na qual um antropólogo adentra um serviço de saúde para estudar/compreender profissionais e/ou usuários é bastante plausível quando se pensa em um contexto unicamente de pesquisa. Mas não era aquele o caso: a preceptora e os próprios estudantes esperavam do professor um posicionamento “prático”. O jaleco, assim, assume-se símbolo da necessidade de disponibilizar o conhecimento “das ciências sociais em saúde” ao cotidiano de um serviço.

Podemos pensar que a perplexidade da “intervenção” ou do “vestir jaleco” é sentida com menor intensidade pelos docentes com formação em saúde, sejam eles médicos, enfermeiros, assistentes sociais ou psicólogos, entre outros. Entretanto, para nós, essa questão não é de simples resolução. “Usar jaleco” pode significar cumprir um papel de agente ativo ou, como é comum na área da saúde, de profissional que produz intervenção.

Outra tonalidade da contribuição das ciências sociais aos estágios é analítica por excelência. Um cientista social observa, descreve, problematiza, reflete e escreve. Os estudantes de saúde coletiva não serão cientistas sociais propriamente ditos – essa tampouco é a ideia –, mas carregarão formação analítica, ainda que pontual, em ciências sociais. Como aplicar esse olhar aos cenários de estágio? Como praticar esse conhecimento adquirido?

Na pesquisa social em saúde, parece mais fácil reconhecer a contribuição da antropologia, como já discutimos em outras oportunidades (Carneiro, 2013). Seria possível agir “a partir de dentro do balcão” com os aprendizados em ciências sociais? E o que poderia ser feito “fora do balcão”? Como tornar prático algo analítico por excelência? Eis a questão que provoca os autores do texto. Tornar uma realidade legível, fazendo alusão à Geertz (1989), seria algo legítimo em termos de estágio?

Outro desafio é o lócus dos estágios. Há de acontecer necessariamente nos “serviços oficiais de saúde” (Fleischer, 2011)? São esses os únicos espaços de produção e reprodução do que se compreende como saúde? O art. 4 das DCN amplia o olhar e nos diz que “a formação do bacharel em saúde coletiva deve proporcionar competências específicas e interprofissionais para o exercício profissional nos sistemas, programas e serviços, assim como em outros espaços sociais e intersetoriais em que se desenvolvam práticas de saúde” (Brasil, 2017, p. 15). Entretanto, o que se compreende como “práticas de saúde” está em disputa entre as áreas que produzem a saúde coletiva.

Mesmo ampliando a discussão sobre a formação e reconhecendo o espaço das práticas como legítimo – para além dos sistemas, programas ou serviços –, as DCN recomendam que 40% dos estágios ocorram dentro de serviços oficiais de saúde. Pode-se pensar que a disputa pela legitimidade do falar sobre saúde coletiva está em permanente atualização, inclusive quando se define critérios de estágio. Sem dúvida, a definição do que seriam “práticas de saúde” é constantemente atualizada quando os estudantes são inseridos nos cenários de prática e/ou campos de estágio.

Partindo da antropologia, entendemos que muitos podem ser os espaços de saúde, tecida na própria vida social e indo muito além das instituições formais. Nesse bojo, encontramos, por exemplo, as práticas de terapeutas populares (parteiras, raizeiras, benzedadeiras), as práticas religiosas de cura, a agência daqueles que procuram o cuidado, as organizações não governamentais (ONG), as organizações internacionais, as práticas de autocuidado transgeracionalmente adquiridas e uma gama infinita de práticas culturais diversas de atenção à saúde, entre tantas outras possibilidades. Essa ampliação de cenários significaria, no entanto, ampliarmos o olhar do sanitarista para além do SUS e de uma leitura monolítica de Estado.

Entre profissionais de saúde, entretanto, esse deslocamento nem sempre é visto com bons olhos, sobretudo, pela área de gestão e planejamento e sua lógica de sistemas reconhecidamente formais de saúde. Dessa maneira, advoga-se pela ampliação dos cenários de saúde como estratégia de aplicação dos saberes adquiridos nas disciplinas, com a atuação como orientadores de docentes da área de ciências sociais.

A ampliação dos cenários para além do Estado propriamente dito provoca pelo menos uma reflexão do ponto de vista prático: quais seriam as competências e habilidades esperadas em um contexto de modelos médicos não hegemônicos (Menéndez, 1992, 2003)? E, se levado ao cabo a proposta de inserir estudantes em espaços não estatais, como garantir a “tutoria” de um profissional, visto que grande parte desse tipo de prática não conta com um profissional de nível superior? Cabe destacar que, de acordo com a legislação que dispõe sobre os estágios, a Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, podem oferecer estágio pessoas jurídicas (públicas e privadas) ou profissionais de nível superior, sempre indicando supervisor para o estudante.

Por último, mas sem com isso querer esgotar os desafios, é preciso ressaltar que ainda não existem sanitaristas bacharéis em saúde coletiva a serem observados e/ou atuarem como preceptores nos serviços de saúde. Os estudantes estão, na realidade, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais, entre outros – atrizes e atores mais afeitos aos serviços de saúde. Dessa maneira, a quem observariam os estudantes e quem seriam seus preceptores? Esses profissionais de saúde nem sempre tiveram disciplinas de ciências sociais em saúde e, caso tenham tido, foram muito pontuais, em uma ou outra situação, muitas vezes em âmbito de pós-graduação *lato* ou *stricto sensu*. Entretanto, mesmo com pós-graduação, os profissionais continuam seguindo uma lógica pautada em sua formação de origem, ou seja, na disciplinaridade e profissionalidade inerente das ações em saúde no modelo tradicional.

Por isso, os estudantes de saúde coletiva carregam uma tarefa ainda mais árdua: aplicar um olhar e empreender uma prática interdisciplinar em um espaço ainda bastante disciplinar – tarefa essa que também se estende aos docentes supervisores dos respectivos estágios. Há uma dimensão autoral, artesanal e particular, portanto, nos/dos estágios supervisionados em saúde coletiva. Os estudantes e tutores precisam descortinar um novo universo, pensar e praticar um cenário de atuação ainda a ser construído.

Daniele Godoy (2018) discorre sobre a articulação entre prática e teoria no ensino médico por meio da análise de uma proposta inovadora sediada na Faculdade de Medicina de Botucatu. Ela teve como universo empírico uma disciplina de prática clínica. Em um primeiro momento, refletiu sobre a escrita dos diários de campo dos estudantes (Godoy; Cyrino, 2013), algo pouco usual nas faculdades de medicina. Esperava-se que, em tais diários, os estudantes relatassem não somente as enfermidades e os diagnósticos, mas a relação com os pacientes, o encontro no interior do serviço de saúde, emoções, inseguranças e trocas com colegas e preceptores. No momento seguinte, Godoy (2018) analisou a ideia de “clínica ampliada” a partir da descrição densa de todo o cotidiano da disciplina, desde a recepção do paciente até a consulta de retorno, indo além da escrita dos diários. Propostas como essa não são comuns no Brasil, onde, de maneira geral, concentra-se na transmissão do saber teórico e clínico. Por isso, muitas foram e são as críticas aos processos de ensino-aprendizagem da medicina.

Esse definitivamente não é um tema recente, como bem apontam Edler e Pires-Alves (2018). Desde o Brasil Colônia, vive-se a dicotomia entre a medicina experimental e a científica e investigativa. De início, os físicos e cirurgiões ensinavam aos demais, na prática, como realizar os procedimentos considerados médicos, bebendo ainda da tradição dos barbeiros e da persistência das práticas locais e dos saberes populares, além da noção de fisicatura-mor. Passada essa fase bastante fiscalista, surgiram as primeiras faculdades de medicina no Brasil, notadamente atravessadas pelos ensinamentos europeus e, assim, bem mais acadêmicas, com pouca prática real. As oscilações entre a influência portuguesa/germânica e, depois, a escola francesa e americana compuseram o desenho do ensino médico brasileiro. Nesse bojo, a UnB teve destaque sobretudo a partir dos anos de 1960, quando se propôs ao exercício de uma “medicina comunitária” que fosse capaz de conjugar os ensinamentos técnicos com os provenientes da vida social, recorrendo, para tanto, à relação com o hospital-escola criado na cidade-satélite de Sobradinho (DF).

É nesse mesmo esforço que se insere a disciplina analisada por Godoy (2018; Godoy; Cyrino, 2013), evitando um ensino médico distanciado da sociedade,

nem só sensualista/fisicalista e nem puramente teórico – um desafio para todos os cursos de saúde, inclusive o de graduação em saúde coletiva. Desafio para o qual pensamos que as ciências sociais têm grande contribuição, sobretudo, nos cenários de estágio. Um dos obstáculos relatados por Godoy, por exemplo, era a dificuldade de os estudantes escreverem seus diários ou envolverem-se com os pacientes para além do diagnóstico clínico. A escrita de um diário, como já pontuara Foucault (2002) em seus últimos escritos, comporta interface com a ética e a construção de si enquanto sujeito moral. Os estudantes da Interação Universidade-Serviço-Comunidade (Iusc), entretanto, achavam difícil ou despropositado escrever sobre como se sentiam e o que faziam nos cenários de prática, bem como envolver-se com o paciente para além do diagnóstico clínico. Partindo dessa situação, passamos a pensar analogamente sobre ensino e estágios em saúde coletiva e acerca de nossa participação no que tange à escrita, descrição das situações e reflexão do vivido.

## **A potência das ciências sociais na formação profissional**

Em “E o que faz/pode fazer o bacharel de saúde coletiva?”, Carneiro (2013) sustenta que dedicar-se à descrição dos serviços e das percepções sociais de saúde operantes é, em si, uma atividade do bacharel em saúde coletiva, e que essa prática já seria uma modalidade da “intervenção”, bastante valorizada no universo formal do cuidado. Afinal de contas, os sanitaristas recebem formação para a pesquisa e para a pesquisa social em saúde, e os diagnósticos em saúde podem e precisam ser produzidos também por esse olhar, já que a dimensão quantitativa nem sempre esgota as questões que envolvem os processos de saúde e adoecimento.

Partindo dessa premissa, os estágios em saúde coletiva poderiam ser espaços para observar e descrever serviços e ambientes de saúde. Os estudantes, então, aplicariam o apreendido sobretudo nas disciplinas de ciências sociais. Um relatório, uma descrição densa e uma nota técnica seriam, portanto, produtos produzidos por sanitaristas, especialistas no olhar multifacetado que o campo propõe. Para tanto, poderiam observar “de dentro do balcão”, descrevê-lo, compreendê-lo, questioná-lo

e, em seguida, compartilhar percepções, leituras e talvez sugerir transformações e mudanças de prática.

A reflexão teórica também pode ser considerada uma contribuição. Sim, reflexão teórica da prática, e não somente a repetição da prática do que se viu fazer. Essa sim também pode ser uma atividade “de dentro do balcão” que contribuiria para minimizar o excesso de prática ou automatismo das ações nos ambientes de saúde. Os cientistas sociais são valorizados por sua capacidade analítica. Dessa forma, uma possibilidade de estágio supervisionado poderia ser analisar o observado à luz da teoria social, do pensamento sobre a Reforma Sanitária e as políticas de saúde no Brasil – já que muito se tem questionado, como coloca Souza Lima e Castro (2015, p. 26), sobre “como instituir esquemas de pensamento e ação com respaldo científico”, ou sobre como estabelecer as fronteiras e a devida “autonomia relativa” entre os campos sociais e a reflexão científica, também para as instâncias de compreensão e intervenção na vida real.

Essa contribuição, no entanto, está longe de ser isenta de controvérsias. Do lado dos estudos de saúde, pensar e analisar sem necessariamente propor uma transformação não consiste numa prática de estágio e em uma intervenção, mas em algo diferente do que se espera de futuros profissionais de saúde. Já pela ótica das ciências sociais, ter de necessariamente propor ou interferir em algo é o que causa estranheza, já que a formação que tivemos na graduação e na pós-graduação privilegia o entender a realidade como nossa maior contribuição para com mundo, e não necessariamente intervir. Essa seria a prática do cientista social. Mas e a do sanitarista, um profissional de saúde também formado com olhar social, qual seria? Eis a grande questão. Seria possível conjugar uma dimensão à outra? Consideramos que sim.

Entretanto, cabe destacar o argumento apresentado por Barros (2014) sobre o ensino das ciências sociais nas ciências da saúde. Para o autor, é preciso uma reflexão socio-histórica das práticas – e, de alguma forma, essa seria a contribuição das ciências sociais. Mas Barros (2014, p. 1054) salienta a importância de ficar atento ao fato de que os conceitos podem virar, simplesmente, “insumos na sala de curativos”. Com isso, como meramente instrumentais, os conceitos e discussões caros às ciências sociais perdem sua densidade, são



instrumentalizados de maneira superficial e, muitas vezes, desconectados de sua raiz analítica.

Pensando nessa complexidade apresentada entre garantir um diálogo entre as análises e/ou discussões teóricas das ciências sociais e as ações em saúde, pensamos ser importante trazer o diálogo em três eixos. Eles foram pensados com base em análises realizadas por autores, especialmente da antropologia, que podem iluminar as potencialidades das ciências sociais nos cenários práticos de estágio. Os eixos são “Antropologia das políticas públicas”, “Estado, margens e discursos contra-hegemônicos” e “Antropologia médica e clínica ampliada”.

### **Antropologia das políticas públicas**

Souza Lima e Castro (2015) empreenderam um resgate histórico do campo hoje denominado antropologia das políticas públicas, campo esse que, assim como a saúde coletiva, questiona a própria antropologia. Enquanto a saúde coletiva se diferencia dos demais cursos da saúde por sua reflexividade, a antropologia das políticas públicas se diferencia por sua aplicabilidade. Segundo os antropólogos, as políticas públicas se dedicariam às *policy(ies)*, que seriam planos de ação para guiar decisões e ações, diferentemente da *politics*, tida como a arte ou ciência de governar. A primeira está preocupada com o Estado em ação e a última com a ciência política propriamente dita, universo também tensionado pelas políticas públicas.

As políticas públicas não foram objetos históricos de análise da antropologia. Pouco se pensava ou falava sobre o tema e suas consequências na vida social (Shore; Wright, 2011), assim como não se discutia essas questões no campo e antropólogos não estavam inseridos em ações e formulações de políticas públicas. Esse universo ficou delegado para análise das ciências políticas – tendo sido, em grande medida, apropriado por disciplinas como administração e, no campo da saúde coletiva, pela área de política, planejamento e gestão em saúde.

A análise clássica em termos de políticas públicas – que, consequentemente, gerava ações nas mais diversas

frentes (entre elas na saúde) – se pauta na discussão sobre o ciclo de políticas e nas análises institucionais sobre a recepção, adequação e aplicabilidade de determinadas ações. Nessa perspectiva, os olhares são direcionados para análises macrossociais, especialmente por meio de indicadores e documentos oficiais/públicos. O produto da reflexão clássica de política pública gera instrumentos normativos que irão legislar sobre determinado(a) assunto e/ou população.

Entretanto, Shore e Wright (2011) demonstram como houve uma guinada. Por um lado, pontuam as transformações no mundo contemporâneo e a necessidade imanente de pensar as políticas públicas e sua ação concreta na vida dos sujeitos. Por outro, argumentam que as teorias sociais vêm apontando para as heterogeneidades das populações e a agência dos sujeitos, o que provoca novos olhares para o mundo e as relações. Podemos estabelecer uma conexão entre as discussões dos autores e aquelas estabelecidas por Russo e Carrara (2015) sobre a segunda politização da saúde coletiva.

Contrariando as análises e ações sobre políticas públicas, os autores demonstram que a “norma” assume vida e contornos particulares no cotidiano, a depender do contexto na qual está sendo implantada. Assim, uma política é reinterpretada cotidianamente, seja pelos seus operadores (profissionais e/ou gestores), seja pela população para a qual ela se destina. Para se pensar/fazer uma política eficiente, é preciso pensar as formas como ela é compreendida e vivida.

Assim, Shore e Wright (2011) e Wright (2011) estabelecem um esquema de análise de política pública pautada na perspectiva antropológica. Para Wright (2011, p. 30), “a perspectiva de uma política pública oferece uma singular ferramenta metodológica para focar em conexões entre atores, agentes, discursos e lugares, e explorar o quanto pequenos detalhes da vida diária são parte de processos maiores de transformação política e social”.<sup>2</sup>

A mudança é substancial e pode significar uma nova mirada na ação em políticas públicas: em vez de se pensar apenas em termos normativos, os autores propõem refletir sobre a ação das políticas nos sujeitos sociais envolvidos. A cadeia de reflexão proposta

2 No original: “a policy perspective offers a particular methodological tool for focusing on connections between actors, agents, discourses and sites and for exploring how small details of everyday life are part of larger processes of social and political transformation”.

Shore e Wright é estabelecida com a conexão entre o que está exposto/proposto no nível global (nacional, estadual, municipal) e como as pessoas pensam e vivem essas ações. Do ponto de vista da saúde, não é apenas avaliar mudança de indicadores ou pesquisar qualidade e/ou satisfação das ações em saúde. Shore e Wright (2011) nos guiam para pensar em como as ações podem ser excludentes e pouco condizentes com o cotidiano daqueles que ela quer “atender”.

Para isso, sem dúvida, são necessários o treinamento e o olhar lapidado pelas ciências sociais. No campo da atuação em política pública – seja em âmbito central (como em ministérios ou gerências de saúde), seja em esfera territorial (em unidades de saúde e equipes de Saúde da Família) –, o sanitarista com o olhar das ciências sociais pode auxiliar na construção de ações que sejam condizentes com as perspectivas das populações.

Para Souza Lima e Castro (2015), há que se compreender em todo esse processo o Estado como um fluxo contínuo, tomando sua ideia como algo diverso de seus sistemas, estranhando e relativizando o próprio conceito de Estado e politizando a ideia de cultura para, assim, aprofundar conceitualmente a invenção teórica. Um esforço importante, haja vista partirem da premissa de que

as políticas governamentais devem ser entendidas como planos, ações e tecnologias de governo formuladas não só desde as organizações administrativas de Estados nacionais, mas também a partir de diferentes modalidades de organizações que estão fora desse âmbito mas que exercem funções de governo. (Souza Lima; Castro, 2015, p. 35)

A etnografia e todas as demais contribuições analíticas das ciências sociais “de dentro do balcão” funcionam então, ao nosso ver, tanto como instrumento de desvendamento desses processos sociais da vida ordinária quanto de construção teórica, na medida em que se entende o “fazer a cultura” também como um exercício de poder. Por tudo isso, concluem que “nunca deixaremos de ser antropólogos aplicados”, com a ressalva de que mantenhamos a vigilância epistemológica e moral. Terence Turner, reconhecido etnólogo americano que há anos realiza pesquisa entre os caiapó no Brasil, e Débora Diniz,

renomada antropóloga brasileira que pesquisa sobre gênero e direitos sexuais e reprodutivos, assumem a realização de uma “antropologia prática”, “aplicada” e/ou engajada. Essas expressões, por vezes, tratadas como sinônimos, e outras nem tanto, sinalizam um grupo de antropólogos e um tipo de antropologia que se diz comprometida com os povos que pesquisa, com o desenvolvimento local, com a avaliação das políticas públicas e com o uso político da etnografia, sem, com isso, entretanto, perder sua cientificidade, seu rigor metodológico e sua vigilância conceitual. Não se trata, ao nosso ver, de fazer política, mas de compreender com ela nesse processo de descortinamento e refinamento teórico.

Nesses cenários, então, a ciência social pode se fazer/se faz prática e, assim, opera nos campos de estágio em saúde coletiva e aos olhos dos sanitaristas com formação em ciências sociais em saúde.

Essa construção deve ser feita a partir de uma mescla entre o reconhecimento empírico da realidade do território/da população-sujeito da política e os preceitos normativos que guiam determinada ação – isto é, em conexão entre o contexto macro e microsocial é que pode despontar a atuação do sanitarista. É importante salientar que, nesse movimento de reconhecimento dos (des)compassos entre a realidade global e a local, o sanitarista pode pensar e propor ações intersetoriais, que transcendem o setor da saúde propriamente dito (e, muitas vezes, o Estado, conforme veremos adiante).

Refletir sobre as condições de possibilidade de que determinada política/ação seja efetiva no território e na população apresenta a potencialidade de despertar outras frentes de ação, como no setor de educação, transporte, moradia etc. O sanitarista, como sujeito formado para atuar com o conceito ampliado de saúde, pode ser um profissional capaz de garantir a visão integral do sujeito e a atenção intersetorial. Nosso argumento é de que o olhar das ciências sociais pode contribuir nesse caminho.

### **Modelos não hegemônicos e margens do Estado**

Eduardo Menéndez (1992, 2003) apresenta três modelos de atenção à saúde. O primeiro seria o modelo médico hegemônico, caracterizado pela biomedicina e seu sistema oficial de profissionais e técnicas de

cura/prevenção/tratamento. O autor argumenta que o modelo hegemônico é o legitimado pelo Estado e que comporta as profissões tradicionalmente reconhecidas como do campo da saúde. Sem dúvida, ele exerce papel preponderante na busca por resoluções de questões de saúde – por sua eficácia ou por sua hegemonia imperialista – e precisa de atenção especial quando se pensa em ações em saúde.

O segundo é caracterizado pelo modelo subordinado ou “alternativo”. Nesse, enquadram-se as práticas de atenção que não são necessariamente vinculadas ao oficial. Como o modelo médico hegemônico, o subordinado ou alternativo apresenta um conjunto de especialistas e práticas socialmente reconhecidas. As técnicas terapêuticas por ele reconhecidas não são oficiais (do ponto de vista da biomedicina e do Estado), mas são cuidadosamente pensadas e avaliadas pelos especialistas e os “pacientes”. Como modelo subordinado ou alternativo, podemos pensar desde as medicinas tradicionais até as curas religiosas ou espirituais.

O modelo de autoatenção é o terceiro apresentado por Menéndez (1992, 2003). Ele é aquele que aglutina um conjunto de práticas que buscam a resolução e/ou prevenção de intempéries cotidianas. O modelo de autoatenção é visto como aquele disparado pelos sujeitos em particular, que são reconhecidos no meio sociocultural no qual ele está inserido, e que estabelecem diferentes itinerários a depender do infortúnio a ser resolvido. O modelo de autoatenção pode englobar o hegemônico, o subordinado e alternativo e outras técnicas díspares, como a busca por farmácias para a solução de problemas.

Para o autor, os sujeitos sociais não respondem por/para um único modelo e, a depender do contexto, buscam as mais variadas estratégias de cuidado à saúde. Dedicar-se apenas ao modelo médico hegemônico, para Menéndez (2003), é ignorar que os sujeitos sociais possuem agência e se movimentam para além das teias do Estado e sua medicina hegemônica.

Argumento semelhante é desenvolvido por Das e Poole (2004). Para as autoras, as pessoas se organizam e se movimentam em teias que transcendem e muitas vezes ignoram a presença ou ação do Estado. As estratégias desenvolvidas pelas populações nos mais diferentes contextos demonstram como os modelos preditivos das políticas públicas ou da atuação

estatal podem não fazer sentido na vida cotidiana dos atores sociais. Mesmo políticas “inclusivas” podem gerar um contingente significativo de pessoas excluídas – e, essas, por sua vez, produzem significados diversos sobre sua inserção no Estado e os limites e potencialidades que ele pode proporcionar (Pereira, 2016).

Pensar ações em saúde requer, como estamos argumentando, dar atenção especial aos sujeitos e suas práticas. As populações, sejam elas as “atendidas” ou, inclusive, as que são profissionais de saúde, estabelecem diferentes conexões com o Estado, com sua máquina e com as políticas/ações públicas. Um olhar atento para as nuances apresentadas na vida vivida – ou no cotidiano das comunidades e/ou dos serviços – pode produzir atenção à saúde diferenciada, que não leve em conta apenas o modelo médico hegemônico.

O sanitarista com formação nas ciências sociais teria a potencialidade de reconhecer outras estratégias de cuidado e atenção à saúde. A partir do reconhecimento da potência dessas outras estratégias na qualidade de vida, o bacharel em saúde coletiva poderia produzir e estimular o olhar ampliado de saúde. Reconhecer que práticas não vinculadas ao Estado e sua máquina também podem ser importantes para a promoção da saúde é uma das maneiras de as ciências sociais contribuírem nos cenários de prática dos estágios.

Objetivamente, isso requer que o olhar esteja atento aos itinerários percorridos pelos sujeitos e às particularidades presentes nos territórios de atuação. O sanitarista pode participar na mobilização de outros atores sociais para o cuidado em saúde, buscando estratégias intersetoriais para além do que está posto ou proposto pelo Estado. Estabelecer parcerias entre o sistema de saúde oficial e as práticas locais de cuidado à saúde pode ser uma das contribuições das ciências sociais nos cenários de estágio.

## **Antropologia médica e clínica ampliada**

A discussão do engajamento de cientistas sociais, especialmente antropólogos, nas respostas e ações em saúde é de longa data. Desde pelo menos a década de 1940, diversos profissionais são chamados para acompanhar missões especiais de atenção à saúde.

Os primeiros mergulhos dos profissionais das ciências sociais se deram em contextos indígenas de epidemias ou doenças com dificuldade de explicação por parte da biomedicina (Langdon, 1994, 1996).

No contexto da saúde temos exemplos de várias ordens. Pinto e Baruzzi (2005) relatam uma experiência de descoberta da “doença da reclusão” no Xingu entre os anos de 1978 e 1985. Na ocasião, uma enfermidade de causa desconhecida acometia indígenas do sexo masculino, sem resolução ou identificação por parte das equipes médicas. Antropólogos que conheciam a comunidade foram chamados para auxiliar na resolução do caso.

O olhar das ciências sociais proporciona uma discussão particular sobre os contextos em saúde e adoecimento de determinado(a) indivíduo/população. Ao se atentar para as questões socioculturais, um sanitarista com olhar das ciências sociais poderia participar ativamente da discussão de casos clínicos dos sujeitos em atendimento nos serviços no qual o estágio está se desenvolvendo.

Estamos argumentando que o sanitarista com formação em ciências sociais em saúde pode contribuir na discussão das equipes de saúde sobre os projetos terapêuticos singulares (PTS). Ele poderá participar não apenas como observador ou relator do que ocorre e/ou das decisões tomadas pelos demais profissionais da saúde. O sanitarista, com o olhar das ciências sociais, poderia ativamente auxiliar na construção das estratégias terapêuticas, de promoção da saúde ou de prevenção de doenças de indivíduos e/ou comunidades.

Como dito, do ponto de vista do indivíduo, a contribuição seria na elaboração dos PTS em parceria com os demais profissionais de saúde. O olhar do sanitarista lapidado pelas ciências sociais em saúde forneceria elementos de ordem sociocultural para a tomada de decisões. Além disso, poderia pensar, conforme descrito nos subitens anteriores, em estratégias intersetoriais de atenção, sejam elas dentro ou fora do sistema médico hegemônico.

Também vislumbramos a contribuição das ciências sociais na atuação do sanitarista na construção de projetos preventivos ou de promoção da saúde de grupos sociais ou comunidades. Reconhecendo a forma de organização das comunidades/dos grupos, as necessidades e/ou os

anseios, é possível pensar em ações em saúde mais condizentes e mais eficazes.

Assim, a formação de um sanitarista com olhar interdisciplinar, pautado também pelos princípios das ciências sociais, permite a participação em decisões dos serviços com outras profissões em saúde. A atuação interprofissional, conforme descrito por Furtado (2009), é essencial para a resolução dos problemas de saúde e para a manutenção/consolidação do SUS.

Sabe-se das potencialidades e dos desafios da interprofissionalidade, como a necessidade de apoio institucional e adequação dessa perspectiva na formação dos cursos da saúde (Peduzzi, 2016). Da mesma forma, reconhecemos que não é apenas a inserção de um olhar disciplinar que permite atuação interprofissional. Entretanto, argumentamos que o olhar das ciências sociais na formação aplicada do sanitarista em um cenário de estágio pode ressaltar particularidades que os números ou os normativos deixam desapercibidas, e compor a atuação interprofissional em busca da resolução dos problemas de saúde.

## Considerações finais

Diante do exposto, nos vemos, por um lado, em face de uma tensão consolidada historicamente entre prática e ciência, sentir e saber e clínica e teoria que, no limite, casa com ciências sociais/ciências da saúde; por outro, também há o esforço contemporâneo de se alterar essa relação, mesclando e colocando tais pontos em comunicação. Essa é, em alguma medida, também a particularidade da própria saúde coletiva como “campo de saberes e práticas” e da antropologia das políticas públicas. Todos campos e modos de pensar dispostos a subverter essa dicotomia entre o fazer e o refletir, de modo a agir de maneira reflexiva e pensar pragmaticamente.

Esse seria o esforço também do sanitarista nos cenários de estágio supervisionado, na medida em que assim proceder e praticaria o aprendido durante a graduação. Dessa forma, os estágios em saúde coletiva têm a possibilidade de inovar epistemologicamente de modo circunscrito às demais profissões em saúde, mas em amplo sentido no que tange ao pensamento moderno. Por isso, posicionar-se, praticar conhecimento e refletir sobre a prática

são atos que podem acontecer a partir do sanitarista “de dentro do balcão”, como parte daquele espaço, mas agente de transformação do modo como ele se constitui, fazendo-o pensar sobre o que vaza, sobre o contra-hegemonico e o que vida ordinária nos diz, sobre o que pode nos contar um profissional de saúde híbrido com olhar das ciências sociais em saúde. De outro lado, sem ele e suas particularidades, corremos o risco de seguirmos presos à ideia de que ou se age ou se pensa, contrariando todo o movimento social que temos visto, lido e aprendido nos últimos tempos. Dessa forma, apostamos na consolidação de campos de estágio reflexivos, críticos e em franca transformação, que nos ofereçam outra compreensão que não mais o ver, fazer e repetir, mas o inovar e fazer pensar.

## Referências

- BARROS, N. F. O ensino das ciências sociais em saúde: entre o aplicado e o teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1053-1063, 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em saúde coletiva*. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://bit.ly/2PcIJCQ>>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 11-16, 2005. Suplemento.
- BONET, O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<http://bit.ly/2ZhYvRF>>. Acesso em: 17 abr. 2019.
- CANESQUI, A. M. *Ciências sociais e saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.
- CARNEIRO, R. G. E o que faz/pode fazer um bacharel em Saúde Coletiva? A arte de pesquisar como prática de promoção de saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 7, n. 3, p. 103-113, 2013.
- DAS, V.; POOLE, D. The state and its margins: comparatives ethnographies. In: DAS, V.; POOLE, D. (Ed.). *Anthropology in the margins of the state*. Santa Fé: SAR Press, 2004. p. 3-33.
- EDLER, F. C.; PIRES-ALVES, F. A. A educação médica: do aprendiz ao especialista. In: TEIXEIRA, L. H.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (Org.). *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 101-144.
- FLEISCHER, S. R. Partejas, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará. Belém: Paka-Tatu: Edunisc, 2011.
- FOUCAULT, M. História da sexualidade 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 2002.
- FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, London, v. 276, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.
- FURTADO, J. P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 1, 2009. CD-ROM.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. São Paulo: LTR, 1989.
- GODOY, D. *O ensino da clínica ampliada na Atenção Primária à Saúde: a prática de professores tutores e alunos de graduação médica*. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2018.
- GODOY, D.; CYRINO, A. *O estetoscópio e o caderno: narrativas da vivência clínica de estudantes de medicina*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013.
- LOYOLA, M. A. O lugar as ciências sociais na saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 9-14, 2012.
- LANGDON, E. J. Breve histórico da antropologia da saúde. In: LANGDON, E. J. *A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os siona no contexto pluri-étnico*. 1994. Monografia

(Concurso de Professor Titular) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. *Antropologia em Primeira Mão*, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 1-24, 1996.

LORENA, A. G.; AKERMAN, M. *Uma ou várias?* IdentidadeS para o sanitarista! São Paulo: Hucitec, 2016.

LUZ, M. T. Especificidades da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 22-31, 2011.

MENÉNDEZ, E. Modelo hegemônico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales. In: CAMPOS, R. (Org.). *La antropología médica en México*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992. v. 1. p. 97-114.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.

MENESES, J. J. S. et al. Panorama dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 501-518, 2017.

NAKAMURA, E. O método etnográfico nas pesquisas em saúde: uma reflexão antropológica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 95-103, 2011.

NUNES, E. D. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 59-84, 1992.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

NUNES, E. D. et al. O campo da saúde coletiva na perspectiva das disciplinas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1917-1922. 2010. Disponível em: <<http://bit.ly/2IsifwB>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PEREIRA, E. L. A tensão visibilizada: políticas públicas e pessoas com deficiência. In: LANGDON, E. J. GRISOTTI, M. (Org.). *Políticas públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Editora UFSC, 2016. p. 127-146.

PINTO, N.; BARUZZI, R. G. Reclusão pubertária masculina em índios do Alto Xingu, Brasil Central. In: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (Org.). *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p. 175-187.

SHORE, C.; WRIGHT, S. Conceptualising policy: technologies of governance and the politics of visibility. In: SHORE, C.; WRIGHT, S.; PERO, D. (Ed.). *Policy worlds: anthropology and the analysis of contemporary power*. New York: Berghahn Book, 2011. p. 1-26.

SILVA, N. E. K.; VENTURA, M.; FERREIRA, J. Graduação em Saúde Coletiva e o processo de construção de cenários práticos. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 7, n. 3, p. 91-101, 2013.

SOUZA LIMA, A. C.; CASTRO, J. M. Notas para uma abordagem antropológica da(s) política(s) pública(s). *Antropológicas*, Recife, v. 26, n. 2, p. 17-54, 2015.

RUSSO, J. A.; CARRARA, S. L. Sobre as ciências sociais na saúde coletiva – com especial referência à antropologia. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 467-484, 2015. Disponível em: <<http://bit.ly/2XlqApy>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

WRIGHT, S. Studying policy: methods, paradigms, perspectives. In: SHORE, C.; WRIGHT, S.; PERO, D. (Ed.). *Policy worlds: anthropology and the analysis of contemporary power*. New York: Berghahn Book, 2011. p. 27-31.

---

### Contribuição dos autores

Todos os autores participaram da concepção, análise dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Recebido: 26/03/2019

Aprovado: 31/03/2019